

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DIABETES  
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ATENDIDOS NA  
CLÍNICA ESCOLA UNIVATES

Aline Buffon Marini <sup>1</sup>, Alessandra Cristina Kerkhoff <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de fisioterapia do Centro Universitário Univates

<sup>2</sup> Docente do curso de fisioterapia do Centro Universitário Univates

Centro Universitário Univates, R. Avelino Tallini 171, bairro Universitário,  
Lajeado-RS, [linhadireta@univates.br](mailto:linhadireta@univates.br)

Aline Buffon Marini, rua Bem ti Vi, 25, apto 403, bairro Universitário, Lajeado-  
RS, [alinemarini@univates.br](mailto:alinemarini@univates.br)

Palavras chave: Qualidade de Vida, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

## RESUMO

**Contextualização:** o envelhecimento faz parte de um processo biológico, psicológico e social, e é um fenômeno crescente deste século. Com o aumento da população idosa há um aumento na busca de serviços de saúde, em decorrência de doenças como Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Estas condições impactam negativamente na qualidade de vida dos indivíduos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de idosos com DM e HAS que frequentam a clínica escola da Univates. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal no período entre agosto a novembro de 2015, na Clínica Escola da Univates. Para a obtenção dos dados, foram utilizados questionários com dados de identificação, sociodemográficos, e o questionário específico Whoqol-Bref. **Resultado:** Dos 12 indivíduos avaliados, a média de idade foi 67 anos e a maioria eram mulheres (58%), 67% eram casados. A escolaridade média foi de 6 anos, o IMC foi 30kg/cm<sup>2</sup> em média e 75% dos eram sedentários. Ainda, 4 apresentaram Diabetes Mellitus e todos os participantes apresentavam HAS. Em relação ao escore de qualidade de vida observou-se que no total de participantes a pior pontuação foi no domínio físico (3±0,4) e a maior pontuação no domínio relações sociais (3,5±0,3), porém ambos são considerados regulares. Quando comparou-se o grupo que apresentava a DM+HAS com o grupo com HAS isolada, observou-se resultados semelhantes, porém sem diferenças significativas entre os grupos. **Conclusão:** A qualidade de vida é alterada negativamente na presença de condições crônicas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Aging is part of a biological, psychological and social process, and is a growing phenomenon of this century. With increasing aging population there is an increase in seeking health services as a result of diseases such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH). These conditions negatively impact the quality of life of individuals. **OBJECTIVE:** To evaluate the quality of life of elderly patients with diabetes and hypertension who attend the clinic school Univates. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted between August-November 2015, the Clinical School Univates. To obtain the data, questionnaires were used to identify data, sociodemographic, and the specific questionnaire WHOQOL-Bref. **RESULTS:** Of the 12 individuals evaluated, the average age was 67 and most were women (58%), 67% were married. The average schooling was six years, BMI was 30 kg / cm<sup>2</sup> on average and 75% were sedentary. Still, 4 had diabetes mellitus and all the participants had hypertension. Regarding the quality of life score noted that the total number of participants was the worst scores in the physical domain (3 ± 0.4) and the highest score in the field social relations (3.5 ± 0.3), but both are considered regular. When compared the group that presented the DM + SH with the group with isolated hypertension was observed similar results, but with no significant differences between groups. **CONCLUSION:** The quality of life is negatively altered in the presence of chronic conditions.

**Key-words:** Quality of life, Hypertension, Diabetes Mellitus.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde OMS<sup>1</sup> declarou que, nas próximas décadas, a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global. Doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão estão associadas a menor qualidade de vida, devido ao processo de envelhecimento do ser humano, além disso, má qualidade de vida pode elevar o risco de desenvolvê-las precocemente, é conhecido que essas doenças não transmissíveis são prevalentes nesta população<sup>2</sup>.

A Diabetes Mellitus é uma doença de alta prevalência e elevada taxa de mortalidade no mundo<sup>3</sup>. No Brasil, o DM está entre as dez maiores causas de morte e acomete todas as faixas etárias<sup>4</sup>. O exercício físico é um dos componentes de cuidado do paciente diabético, pois, além dos benefícios cardiovasculares, o exercício aeróbico pode reduzir a resistência a insulina. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, em 2000, a HAS atingia 25% da população mundial sendo que a prevalência no Brasil da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%(8). É explicada como uma disfunção dos sistemas que controlam a pressão arterial, afetando aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo<sup>5</sup>.

O conceito de qualidade de vida é multidimensional e abrange todos os aspectos de vida de uma pessoa. Estes incluem: funcionalidade física, capacidade de executar atividades diárias, saúde mental, funcionalidade social, dor, fadiga e energia, sono e funcionalidade sexual<sup>6</sup>. Em relação às pessoas idosas, a qualidade de vida é separada em três categorias: cognitiva e emocional (bem-estar e satisfação pessoal), saúde e condicionamento (energia e vitalidade; função física e sexual) bem como social e recreativa<sup>7</sup>.

Diante disto, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência destas condições crônicas e relacionar com a qualidade de vida da população idosa em atendimento na Clínica Escola da Univates.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, transversal. A amostra foi composta por indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, sem comprometimento cognitivo. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 1.341.181, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos; indivíduos de ambos os sexos; e em tratamento fisioterapêutico. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com doença mental crônica ou aguda; indivíduos que se recusaram a assinar o TCLE e que não tinham condições de se locomoverem. A pesquisa foi realizada na clínica escola da Univates. Entre os 20 idosos que apresentavam DM e HAS atendidos na clínica de fisioterapia, apenas 12 se possuíam os critérios de inclusão estabelecidos, constituindo assim a amostra em análise. A coleta de dados aconteceu de agosto a novembro de 2015, quando foi preenchido o formulário de identificação sociodemográfico e o questionário específico Whoqol-Bref, com perguntas fechadas abordando dados de identificação, sócio demográficos e de qualidade de vida. Para avaliar a qualidade de vida será utilizado um questionário específico Whoqol-Bref composto de 26 questões, analisando o indivíduo em quatro domínios: Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso); Psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos); Relações sociais (relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual); Meio Ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico).

O questionário foi realizado com os participantes individualmente, em sala reservada na clínica escola Univates. O participante recebeu o TCLE, o qual foi devidamente lido e esclarecido, explicações sobre os objetivos e ausência de riscos para a participação na pesquisa. Logo após as explicações, foi oferecido a cada participante para a confirmação de sua participação. Em seguida, em forma de entrevista cada voluntário forneceu as informações necessárias para o preenchimento do formulário de identificação e sociodemográfico, e aplicação do questionário específico Whoqol-Bref.

Os dados descritivos foram expressos através de frequências e percentuais, médias e desvio padrão. O teste *t* de student foi utilizado para a comparação entre as médias. Todos os procedimentos estatísticos foram executados no SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## RESULTADOS

Dos 12 indivíduos avaliados, a média de idade foi 67 anos, a maioria eram mulheres (58%). Quanto ao estado civil, 67% eram casados, 8% eram viúvos, e 3% dos indivíduos eram separados e a escolaridade média foi de 6 anos. A média do índice de massa corpórea (IMC) foi 30kg/cm<sup>2</sup>; 75% dos participantes afirmaram ser sedentários, ou seja, não realizam atividade física por pelo menos 3 vezes por semana durante, 30 minutos, no mínimo. Ainda, 4 relatam ter diagnóstico médico de Diabetes Mellitus e todos os participantes apresentavam HAS diagnosticada. Todos utilizam medicação oral e destes 11 faziam dieta com pouco sal. A maioria (66%) são independentes em suas AVD's, ou seja, não necessitam ajuda na realização das tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se. A tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo.

Inicialmente foi feita a pontuação do questionário, obedecendo as normas da análise do WHOQOL BREF<sup>8</sup>. O escore possui pontuações de 1 a 5, sendo que quanto melhor a qualidade de vida do indivíduo, maior a pontuação. A pontuação de 1 até 2,9 é definida qualidade de vida que necessita melhorar. A pontuação entre 3 e 3,9 se refere a qualidade de vida regular, de 4 até 4,9 considerado qualidade de vida boa e 5 qualidade de vida muito boa<sup>8</sup>.

Na figura 1, foram descritas as médias atingidas pelos idosos nas questões, agrupadas por domínios, sendo eles o domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente. Entre o total de participantes, o domínio físico atingiu um escore de  $3\pm 0,4$ , sendo considerada qualidade de vida regular. No domínio psicológico o escore foi de  $3,3\pm 0,4$ , variando entre qualidade de vida que necessita melhora até uma qualidade de vida regular. No domínio relações sociais o escore foi de  $3,5\pm 0,3$  enquanto que no domínio meio ambiente, a pontuação foi de  $3,3\pm 0,5$ .

Apresentamos ainda, na figura 2, a pontuação da qualidade de vida separadamente entre os participantes hipertensos (grupo HAS) e os participantes que possuíam as duas condições (grupo DM+HAS). Em relação ao domínio físico o grupo HAS apresentou pontuação  $3\pm 0,4$  e o grupo DM+HAS  $3,1\pm 0,4$ . No domínio psicológico entre o grupo HAS observou-se qualidade de vida  $3,3\pm 0,5$  e entre o grupo DM+HAS  $3,3\pm 0,2$ . Ainda, no domínio relações sociais, observou-se pontuação  $3,5\pm 0,3$  e  $3,4\pm 0,4$  para os grupos HAS e DM+HAS respectivamente e, por fim, no domínio meio ambiente observou-se pontuação  $3,4\pm 0,7$  e  $3,1\pm 0,3$ . Não houve diferenças significativas entre os grupos para qualquer um dos domínios avaliados.

## DISCUSSÃO

Este artigo avaliou a qualidade de vida entre idosos hipertensos e diabéticos atendidos na clínica escola Univates por meio do questionário específico Whoqol-Bref. A maioria dos participantes do nosso estudo era do sexo feminino. O estudo de Carmen e colaboradores demonstrou que este fenômeno pode ocorrer devido ao fato das mulheres viverem em média 7 anos a mais que os homens, elevando assim o número de mulheres na faixa etária acima dos 65 anos<sup>9</sup>.

No presente estudo, a prática de atividade física foi relatada por apenas 25% dos participantes no presente estudo. É conhecido que, a prática de exercícios físicos promove vários benefícios, sendo que, um dos principais é a manutenção da capacidade funcional nos idosos, como observado por estudo de Barros e colaboradores<sup>10</sup>. Neste estudo, que foi uma revisão de literatura, foi identificado que a capacidade funcional representa o desempenho para a realização das atividades da vida diária entre estes indivíduos<sup>10</sup>. O treinamento físico contribui para manutenção do desempenho das AVD's além do componente psicológico e ampliação de círculos sociais, deixando de lado problemas da terceira idade como o isolamento<sup>11</sup>.

A obesidade é um dos maiores fator de risco para o desenvolvimento de HAS<sup>12</sup>. Para a OMS<sup>1</sup>, obeso é o indivíduo que apresenta  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . O excesso de peso é crescente nas últimas décadas entre os idosos<sup>13</sup>. Na população do estudo, houve elevada prevalência de obesidade, onde 7 participantes, apresentaram altos valores de IMC, o que pode estar associado a uma pior qualidade de vida. O que corrobora com achados

do estudo de Vagetti e colaboradores<sup>14</sup>, que observaram mais de 1.800 idosos, onde a prevalência de obesidade foi de 33%, e associou-se de forma negativa e inversa com a qualidade de vida, ou seja, quanto maior o índice de massa corporal, pior a qualidade de vida.

O questionário WHOQOL-Bref demonstrou que a qualidade de vida, de modo geral está regular entre os participantes do nosso estudo, nos quatro domínios. Os domínios que apresentaram maior pontuação, e conseqüentemente maior satisfação dos participantes em relação a sua saúde é o domínio relações sociais. Este achado é semelhante ao que Oliveira e colaboradores<sup>15</sup> demonstraram em seu estudo, o qual avaliou 70 idosos institucionalizados e 210 não institucionalizados, do município de Vitória-ES. Foi observado que as maiores médias de pontuação encontradas no estudo foram em relação ao domínio relações sociais. No estudo de Miranzi<sup>16</sup> que avaliou 30 indivíduos com hipertensão arterial e diabetes associados, atendidos em uma ESF de Minas Gerais demonstrou, de forma semelhante ao nosso estudo que o maior escore médio encontrado foi no domínio Relações sociais, seguido pelo Físico, o que se diferente do nosso estudo onde o domínio físico apresentou a pontuação mais baixa.

Os questionários de qualidade de vida avaliam a percepção do impacto das doenças na vida dos indivíduos. Para Guedea e colaboradores, o apoio psicológico recebido de familiares e amigos, está diretamente relacionado com a maior satisfação em relação a vida, além de que os idosos que recebem este tipo de apoio demonstraram melhor qualidade de vida no domínio Relações Sociais. O apoio da família no tratamento das doenças crônicas é indispensável. O respeito aos novos hábitos de vida, para o controle dos fatores envolvidos nas doenças, demonstrada a preocupação e o comprometimento com o tratamento e a saúde do indivíduo<sup>16</sup>.

Entre os escores que apresentaram pontuações mais baixas, destaca-se o domínio físico que apresentou a menor pontuação. Este domínio é representado pela presença/ausência de dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicamento ou tratamentos e capacidade de trabalho. Estes fatores se modificam em portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial e a diabetes mellitus. As mudanças nos hábitos de vida estão associados a percepção de limitações em relação a saúde, avaliada por estes participantes, e que reflete a piora na qualidade de vida. Contudo, escores reduzidos podem estar diretamente relacionados a

presença de doenças crônicas que promovem a perda da autonomia do idoso, limitando o desempenho nas suas atividades sociais<sup>17</sup>. Diante disso, observa-se que, a baixa pontuação encontrada no domínio físico, impacta negativamente na qualidade de vida como um todo desses idosos. Por isso, ressalta-se a importância da capacidade funcional como importante fator na qualidade de vida<sup>18</sup>.

Em estudo realizado por REF que comparou 20 idosos com DM e 30 sem DM de Concórdia-SC, demonstrou que houve diferença significativa apenas no domínio físico. Além disso, os diabéticos apresentaram menores pontuações no domínio psicológico, o que se difere em relação ao nosso estudo onde a menor pontuação encontrada entre os portadores de DM+HAS foi no domínio meio ambiente.

A associação das condições crônicas, representada pelo grupo DM+HAS comparado ao grupo que apresentava a HAS isolada, pontuou escores ainda menores, porém sem diferença significativa. Sabe-se que a HAS é fator independente para a identificação de piores escores de qualidade de vida, como demonstrado em metanálise que incluiu estudos observacionais, reunindo informações de diversas populações<sup>19</sup>. A DM também está associada a piores escores de qualidade de vida, como demonstrado em diversos estudos<sup>20</sup>. A presença destas condições crônicas, concomitantemente em um mesmo indivíduo, pode impactar de forma mais negativa ainda sobre a qualidade de vida<sup>21</sup>.

Dentre as limitações deste estudo, observa-se que houve um número pequeno de participantes, além das limitações impostas pelo tipo de estudo, avaliando transversalidade. Pode ser que a ausência de diferenças significativas estejam relacionadas a estes fatores. Porém, os dados apresentados neste estudo são sugestivos de hipóteses que afirma a importância de estudar as condições crônicas e seus impactos em populações especiais, de idosos, mesmo em atendimento em clínica especializada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Organização Mundial da Saúde, 2014.
2. TOSCANA M. CRISTIANA. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, , 2004.
3. GOUVEIA MARCELO RICARDO. A importância da adesão ao tratamento pelos portadores de diabetes. 2012
4. BELFORT Renata e DE OLIVEIRA José Egídio Paulo. Mortalidade por Diabetes Mellitus e Outras Causas no Município do Rio de Janeiro – Diferenças por Sexo e Idade. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 45 nº 5 Outubro 2001.
5. BRANDÃO, A.A; AMODEO, C; NOBRE, F. Hipertensão. Ed. Elsevier, 2012.
6. HENNESSY; D, JUZWISHIN; K, YERGENS; D, NOSEWORTHY; T, DOIG C. Outcomes of Elderly Survivors of Intensive Care: A Review of the Literature. *Chest* 2005.
7. SPIRDUSO, Waneen W. Dimensões Físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole, 2005.
8. KLUTHCOVSKY Ana Cláudia G.C. et al. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. 2010.
9. SALGADO Carmen Delia Sánchez. MULHER IDOSA: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.
10. FRANCHI Kristiane Mesquita Barros e JUNIOR Renan Magalhães Montenegro. ATIVIDADE FÍSICA: UMA NECESSIDADE PARA A BOA SAÚDE NA TERCEIRA IDADE Physical activity: a necessity for good health in old age. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2005.
11. ARAÚJO Cleber Júnior, SALES Rodrigo Rocha, JÚNIOR Nozelmar Borges de Sousa. Prática de exercícios físicos na população idosa em academias. 2008

12. SEPÚLVEDA Eduardo et al. Relationship between chronic complications, hypertension, and health-related quality of life in Portuguese patients with type 2 diabetes. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2015.
13. AMADO Tânia Campos Fell, ARRUDA Ilma Kruze Grande. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados Arterial hypertension in the elderly and associated risk factors Hipertensión arterial en el anciano y factores de riesgo asociados. *Rev Bras Nutr Clin* 2004; 19(2):94-99
14. VAGETTI Gislaine Cristina et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.2013
15. OLIVERIA Elizabete Regina Araújo et al. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória -ES. *Esc Anna Nery (impr.)*2011
16. MIRANZI Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008.
17. VITORINO Luciano Magalhães et al. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo*. 2012.
18. COSTA E SILVA Maria do Desterro et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saúde Pública* 2011.
19. TAVARES Darlene Mara dos Santos et al. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011.
20. CHEW Boon-How et al. Negative effects of diabetes-related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. *hew et al. Health and Quality of Life Outcomes*. 2015.
21. DALLA VECCHIA Roberta et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005.

Tabela 1- Caracterização dos participantes.

<b>Características</b>	<b>Total de Participantes</b>
Idade (m/DP)	67,7 ( $\pm$ 3)
Sexo feminino (n/%)	7(58)
Escolaridade - anos (m/dp)	6 ( $\pm$ 3)
IMC (m/dp)	30,5 ( $\pm$ 4)
Estado Civil (n/%)	
Casados	8 (66,7)
Divorciados	3 (25)
Viúvo	1(8,3)
Cor (n/%)	
Branco	9 (75)
Diabetes Mellitus (n/%)	4 (33,3)
Trata a Diabetes Mellitus (n/%)	4 (33,3)
HAS (n/%)	12 (100)
Faz dieta com pouco sal (n/%)	11 (91,7)
Medicação Oral (n/%)	12(100)
Infarto (n/%)	4 (33,3)
AVD's (n/%)	
Independente	8 (66,7)
Dependente	4 (33,3)
Interfere AVD's (n/%)	
Quase nada	3 (25)
Um pouco	4 (33,3)
Muito	5 (41,7)
Fumou na vida (n/%)	3 (25)
Álcool (n/%)	1 (8,3)
Sedentarismo (n/%)	9 (75)

Os valores foram expressos em m = média; dp = desvio padrão; n= número e %= percentual. AVD's = Atividades de vida diária. IMC = Índice de massa corporal.

Figura 1. Escore de qualidade de vida por domínios no total de participantes.

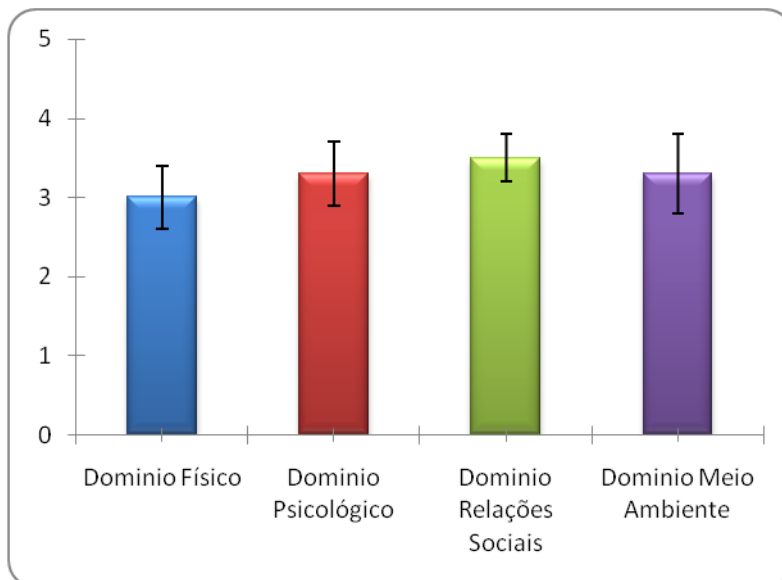


Figura 2. Escore de qualidade de vida por domínios entre participantes com DM e HAS.

